Münster 1936 No 3/2 Med DiSS

Aus der
sozial-hygienischen Abteilung des hygienischen Institutes
Direktor: Professor Dr. Jötten

Über die geschlossene Säuglingsfürsorge der Stadt Münster

unter besonderer Berücksichtigung des Säuglingsheims

Inaugural-Dissertation

Verfaßt und vorgelegt von
Josef Schulte, appr. Arzt
aus
Münster (Westf.)

Druck: C. J. Fahle G. m. b. H., Münster (Westf.), Neubrückenstraße 11

Aus der
sozial-hygienischen Abteilung des hygienischen Institutes
Direktor: Professor Dr. Jötten

Über die geschlossene Säuglingsfürsorge der Stadt Münster

unter besonderer Berücksichtigung des Säuglingsheims

Inaugural-Dissertation

Verfaßt und vorgelegt von
Josef Schulte, appr. Arzt
aus
Münster (Westf.)

Druck: C. J. Fahle G. m. b. H., Münster (Westf.), Neubrückenstraße 11

Dekan: Professor Dr. Klinge
Referent: Professor Dr. Jötten

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Münster

Meinem lieben Vater

Die Einrichtung der Anstaltsfürsorge für den Säugling kannte man schon im Mittelalter; sie hatte den Zweck, für uneheliche und unversorgte Säuglinge eine Unterkunft zu schaffen. Diese Anstalten, die hinsichtlich ihres Zwecks Säuglingsasyle oder Findelhäuser genannt wurden, machten ihre Aufnahmen nach dem sogenannten Drehladensystem. Jede Mutter konnte ihren Säugling unerkannt ohne Angabe des Namens und ohne weitere Verpflichtung in eine Drehlade legen und er wurde ohne weiteres in die Anstalt aufgenommen. Treffend wird die Einrichtung dieser Findelhäuser als „Einladung an gewissenlose Eltern, sich ihrer Kinder zu entäußern", bezeichnet. (Reicher.) Diese Findelhäuser gab es hauptsächlich in den katholischen Ländern Frankreich, Italien und Oesterreich. Ihre Erfolge waren niederschlagend, nach Tugendreich war eine Sterblichkeit von 80—90 % keine Seltenheit. Aber dennoch haben sie das Gute gehabt, der Entwicklung der Kinderheilkunde zu dienen. Dank der durch sie geschaffenen klinischen Beobachtungs- und Ausbildungsmöglichkeiten finden wir deswegen in diesen Ländern einen gut ausgebildeten, anerkannten Kinderärztestand schon zu einer Zeit, zu der die Entwicklung der Kinderheilkunde bei uns noch in den ersten Anfängen stand.

In Deutschland war die Kenntnis einer rationellen Kinderernährung vollständig stehengeblieben und die Aerzte sahen überhaupt darin nicht ihre Aufgabe. Als Sachverständige galten Hebammen und Kinderfrauen, wobei letzteren jegliche Ausbildung fehlte. Diesen Zustand illustriert am besten ein Ausspruch Feer's. „Bei den früher und auf mehreren Universitäten noch heute herrschenden Verhältnissen sind viele, sonst tüchtige Aerzte nicht in der Lage, einen Säugling sachkundig zu behandeln, oder sie haben diese Kenntnisse von sich aus mühsam im Laufe der Jahre auf Kosten von Gesundheit und Leben der ihnen anvertrauten kleinen Patienten erworben. Das Volk würde die Afterweisheit der Hebammen schon längst geringer eingeschätzt haben, wenn es nicht so oft an den Kenntnissen der Aerzte bei Neugeborenen und Säuglingen irre geworden wäre."

Seit den 90er Jahren des vorigen Jahrhunderts setzte aber unter der Führung von Heubner und Finkelstein, Czerny und Escherich eine neue Entwicklung ein. Das Säuglingsernährungsproblem wurde in der intensivsten Weise bearbeitet. Es bedurfte zwar langer Forscherarbeit, aber die Methoden der künstlichen Ernährung wurden doch allmählich gebessert. Leider fand dabei die natürliche Ernährung nicht die Berücksichtigung, die eigentlich hätte selbstverständlich sein müssen. Den Wert und die Notwendigkeit der natürlichen Ernährung wieder in den Vordergrund gerückt zu haben, ist ein Verdienst Finkelsteins.

Die Forschung war dadurch sehr gehemmt, daß Säuglingsanstalten fehlten, an denen die Physiologie, Pathologie und Therapie des Säuglings erforscht werden konnten. Einen Lehrstuhl für Kinderheilkunde gab es nur in Berlin, München und Breslau. Erst langsam wurden den weiteren Universitäten Lehrstühle angegliedert, denen aber zweckentsprechende Forschungs- und Lehrinstitute fehlten. Ebenso fehlten auch eigene Krankenhäuser für die Verpflegung von Säuglingen. Die meisten allgemeinen Krankenhäuser und Kliniken weigerten sich sogar, Säuglinge in größerer Zahl aufzunehmen, höchstens nur für notwendige Operationen, aber auch dann nur, wenn die Mutter sich mitaufnehmen ließ und für die Ernährung und Pflege des Kindes die Verantwortung übernahm. Bei dieser Lage war der Ruf nach Säuglingskliniken erklärlich. Die früher gemachten Erfahrungen ließen aber die zu überwindenden großen Schwierigkeiten erkennen. Worin die hohe Sterblichkeit der Säuglinge in Anstalten begründet war, wußte man nicht. Man bezeichnete diese unbekannten Schädigungen mit dem nichtssagenden Ausdruck „Hospitalismus". Das Wesen dieses Hospitalismus erkannt und seine Bekämpfung in die Wege geleitet zu haben, verdanken wir Heubener. Schloßmann hat die Organisation und Uebertragung auf den praktischen Bau und Betrieb in der Hauptsache ausgestaltet.

Eine Säuglingsverpflegungsanstalt stellt besondere Forderungen gegenüber den allgemeinen Krankenhäusern. Diese sind:

1. ein in der Säuglingspflege speziell ausgebildetes, mit allen Regeln der Asepsis vertrautes Pflegepersonal;
2. Bau und Inneneinrichtung müssen einen absolut aseptischen Pflegedienst ermöglichen;
3. reichliches Vorhandensein von Ammen, die wenigstens bei allen schwächlichen und kranken Kindern eine natürliche Ernährung ermöglichen;
4. Leitung der Anstalt durch einen paediatrisch ausgebildeten Arzt;
5. Vorhandensein reichlicher Liegehallen, möglichst nach Süden gelegen.

Damit waren die Prinzipien festgelegt, nach denen Säuglingsverpflegungsanstalten zu errichten und zu verantworten waren. (Schloßmann.) Die weitere Ausgestaltung der Inneneinrichtung und des Betriebes verdanken wir ebenfalls Schloßmann, der seine Erfahrungen 1903 in einer Arbeit „Ueber Errichtung und Einrichtung von Säuglingskrankenanstalten" niedergelegt hat.

Der Errichtung von Krankenhäusern, die allen diesen Forderungen gerecht wurden, stellten sich aber große Widerstände entgegen, da das allgemeine Verständnis hierfür noch fehlte. Die Regierungen und Kommunen zeigten sich wenig opferbereit, deswegen fehlten auch meistens die Mittel für die Finanzierung. Bis alle Universitäten eigene Säuglings- und Kinderkliniken bekamen, hat es noch langer Kämpfe bedurft. Die erste Kommunalverwaltung, die ein Säuglingsheim errichtete, war

in Berlin. Diese ließ 1901 nach den Intentionen von Finkelstein ein größeres Säuglingsheim errichten.

In der Hauptsache waren Träger der neuen Heime karitative Frauenvereine, in wenigen Fällen mit kommunalen Unterstützungen. Der Gedanke der Notwendigkeit solcher Anstalten hat sich erst langsam durchgesetzt. Heute verfügen wir in Deutschland über 700 Säuglingsverpflegungsanstalten (Jötten).

Wir unterscheiden:

I. reine Säuglingskrankenanstalten, (als erstes das Dresdener Säuglingsheim, errichtet 1907);

II. eigentliche Säuglingsheime, die nur gesunde Kinder aufnehmen; darunter

a) solche, die nur Säuglinge aufnehmen, mit angestellten Ammen;

b) Versorgungshäuser für Mutter und Kind, Mütter werden zu dauerndem Aufenthalt aufgenommen, (als erstes Berlin-Rummelsburg 1904);

c) Versorgungshäuser für Mutter und Kind; Mütter können tagsüber ihrem Beruf nachgehen, (als erstes Berlin-Westend 1904);

III. Fabriksäuglingsheime; Kinder bleiben dauernd in der Anstalt und werden tagsüber von den arbeitenden Müttern genährt. (Jutespinnerei und -Weberei Bremen);

IV. Kombinierte Säuglingsheime und Säuglingskrankenhäuser.

Als Beispiel für diese unter IV aufgeführten Säuglingsverpflegungsanstalten möchte ich das Säuglingsheim in Münster anführen.

Seine Errichtung — als erstes Säuglingsheim und Kinderkrankenhaus in Westfalen — und seine Aufgaben im Rahmen der geschlossenen Fürsorge der Stadt Münster zu schildern, soll Aufgabe dieser Arbeit sein.

Der Gedanke der Errichtung eines Säuglingsheims in Münster entstand zunächst im Jahre 1908. Es bestand vorher wohl eine Säuglingsstation am Clemenshospital, die aber die meisten der vorher angeführten Bedingungen nicht erfüllte, namentlich fehlten ihr Ammen. Der katholische Fürsorgeverein, der Träger des Säuglingsheims ist, besaß schon das Antoniusstift, das zur Aufnahme gefährdeter Mädchen und unehelicher Mütter diente. Es war in diesem Hause ohne ärztlichen Rat eine Abteilung errichtet worden, auf der die unehelichen Säuglinge verpflegt wurden. Da sich unter diesen eine sehr hohe Morbilität und Mortalität einstellte, erwies sich die Notwendigkeit eines nach modernen Prinzipien gebauten, den Anforderungen der zeitigen Hygiene entsprechenden Heims. Da aber auch für die Errichtung eines Säuglingskrankenhauses ein dringendes Bedürfnis vorlag und da die Kombinierung beider Anstalten erhebliche Vorteile brachte, wurde der Plan im Jahre 1909 festgelegt.

Der Fürsorgeverein besaß schon das notwendige Grundstück; die vorhandene Wäscherei, Heizung und Stromerzeugung des Antoniusstiftes konnten mitbenutzt werden, so daß die Kosten sich erheblich

geringer gestalteten. Mithin ist das Säuglingsheim ein reines Privatunternehmen des Fürsorgevereins, das erst später bei einem Erweiterungsbau städtische Zuschüsse benötigte. Die Finanzierung wurde durch folgende Quellen geleistet:

2 Kollekten im Jahre 1910 und im Jahre 1911 ergaben:	65 373,43 Mk.
Ein Wohltätigkeitsfest im Jahre 1911 ergab: . . .	37 660.— „
Ein Blumenfest	11 784.09 „
	114 817.52 Mk.

Der Rest wurde durch Hypothek und private Spenden (4 395,— Mk.) beschafft.

Die Gesamtkosten für Gebäude betrugen	153 565,56 Mk.
Gesamtkosten für Inventar	24 963,50 „
	178 529,06 Mk.

Die Gesamtkosten sind im Verhältnis zu denen anderer Krankenhäuser gering, weil abgesehen von den vorher erwähnten Vorteilen keine Räume für Pflegepersonal geschaffen zu werden brauchten. Der ursprüngliche Bau umfaßte neben den notwendigen Betriebsräumen Zimmer für 40 gesunde Säuglinge und 50 Kranke (auf der Krankenstation wurden auch Kleinkinder aufgenommen). Beim Bau wurde vor allem auf reichliche Isolierungsmöglichkeiten gesorgt. Für auftretende Epidemien war ein Teil des Hauses sowohl baulich als auch im Betrieb vollständig isolierbar. Liegehallen waren so reichlich vorhanden, daß alle Kinder draußen untergebracht werden konnten. Auch ein größerer Garten mit Spielplätzen und Sandkästen war vorgesehen. Die Milchküche war verhältnismäßig groß angelegt, weil anfangs in Aussicht genommen war, fertige Milchmischungen auch außerhalb des Anstaltsbedarfs herstellen zu können. Hiervon ist allerdings später wenig Gebrauch gemacht worden, weil sich dieses ursprünglich von Frankreich ausgehende System (gouttes de lait) nicht bewährte. Da bei Operationen an Säuglingen in der Nachbehandlungsperiode die Pflege und Ernährung eine Hauptrolle spielt, wurde auch eine Operationsabteilung eingerichtet — die größeren Operationen wurden von einem der hiesigen Chirurgen ausgeführt. Die Inneneinrichtung war so ausgestattet, daß sie einen vollständig aseptischen Pflegedienst ermöglichte. Daß alle Krankenräume, auch Veranden mit fließendem Kalt- und Warmwasser versehen waren, erscheint uns heute als Selbstverständlichkeit; diese Einrichtung fehlte aber damals noch bei sehr vielen Krankenhäusern. Das von Pirquet eingeführte Boxensystem fehlte ursprünglich, wurde aber bald eingerichtet. Alle Wände waren abwaschbar unter reichlicher Verwendung von Fliesen. Nach dem Vorbild von Schlossmann war es üblich, alle Pflegegegenstände für jedes Kind gesondert aufzubewahren. So sollte auch jedes Kind eine Badewanne für sich haben, eine Forderung, die bei den beschränkten Mitteln nicht erfüllbar war;

dies hat sich aber nie als Mangel geltend gemacht und die Durchführung der Asepsis geschädigt.

Im Laufe der Jahre waren dann bei den großen Fortschritten der Kinderheilkunde auch im Anstaltswesen mancherlei Einrichtungen veraltet. Deswegen und wegen einer dauernden Ueberbelegung wurden einzelne Neueinrichtungen und ein größerer Anbau notwendig. Dieser wurde im Jahre 1926 fertiggestellt. Bisher war das Pflegepersonal im Antoniusstift untergebracht, was mancherlei Unbequemlichkeiten mit sich brachte. Außerdem war die Einrichtung einer eigenen Waschanstalt notwendig. Auch mußte für die Schaffung weiterer Isolierungsmöglichkeiten Sorge getragen werden, so daß der Neubau beinahe die gleichen Ausmaße bekam wie das alte Gebäude.

Hauptabsicht bei dem Neubau war es aber noch, für tuberkulös erkrankte Säuglinge eine eigene Station zu errichten, weil hierfür ein dringendes Bedürfnis vorhanden war. Die meisten Spezialanstalten für tuberkulöse Kinder nahmen erst solche vom 4. Jahr ab auf. Daß eine Abteilung für tuberkulöse Säuglinge und Kleinkinder Aussicht auf ausgedehnte Weiterentwicklung hatte, zeigt folgende Aufstellung:

Von 1917—1927 waren durchschnittlich 4 Kinder mit Tuberkulose im Säuglingsheim in Behandlung.

1928 stieg die Zahl auf 23 (2 Todesfälle)
1929 „ „ „ „ 24 (2 „)

Zur vollen Entwicklung ist die Tuberkuloseabteilung aber nicht gekommen, weil schon von 1928 an Verhandlungen mit der Universitätskinderklinik einsetzten zur Uebernahme eines größeren Teils der Gebäude. Da die Universitätskinderklinik in ihren Räumen sehr beengt und ein Neubau für sie unbedingt notwendig war, stand zu befürchten, daß zwei große Kinderkliniken nebeneinander auf Belegungsschwierigkeiten stoßen würden. Deshalb wurde ein Teil und zwar das ganze Erdgeschoß mit Ausnahme einiger Wirtschaftsräume unter Umgestaltung an die Universitätskinderklinik abgetreten und das Säuglingsheim ungefähr auf seinen ursprünglichen Stand reduziert.

Die Errichtung und Betriebsführung eines Säuglingsheims im Anschluß an andere Fürsorgeeinrichtungen und zu gemeinsamer Arbeit mit diesen ist in großem Rahmen wohl zum erstenmal in Münster durchgeführt worden. Die Vorteile dieses Systems liegen sehr nahe, wie sich dies des Näheren aus den Schilderungen der Gemeinschaftsarbeit ergibt.

Das Säuglingsheim hat 3 Abteilungen:

1. das eigentliche Säuglingsheim,
2. das Säuglings- und Kleinkinderkrankenhaus,
3. Abteilung für uneheliche Mütter.

Die Abteilung Säuglingsheim umfaßt 50 Betten. Aufgenommen werden nur uneheliche Kinder, Versorgungskinder, aber auch Kinder aus Familien, wenn diese wegen Krankheit oder sonstigen Gründen nicht in der Lage waren, sie zu Hause zu verpflegen. Uneheliche Kinder finden aber Aufnahme nur dann, wenn sich die Mutter zugleich mitauf-

nehmen läßt. Der Hauptwert wird darauf gerichtet, daß den Kindern die Mutterbrust erhalten bleibt. Sogleich nach der Entlassung aus der Entbindungsanstalt kommen die Mütter mit ihren Kindern und mußten sich früher verpflichten, mindestens drei Monate ihr Kind selbst in der Anstalt zu nähren. In den letzten Jahren mußte allerdings diese Verpflichtung auf 6 Wochen reduziert werden. Mit größtem Nachdruck wird darauf gehalten, daß die Mütter ihre Mutterpflicht erfüllen, selbst wenn dies auch nur unter großen Schwierigkeiten und auch nur zum Teil erreichbar ist. Die Nährfähigkeit wird dauernd vom Arzt geprüft, vor Ablauf der festgesetzten Pflichtzeit darf keine Mutter entlassen werden. Aufnahme von Kindern ohne Mutter darf nur dann stattfinden, wenn durch ärztliche Untersuchung festgestellt ist, daß bei ihr keine Möglichkeit zum Stillen vorliegt. Außer bei ihrem eigenen Kinde werden bei Bedarf die Mütter angehalten, andere Kinder mitzunähren. Bei geeigneten Müttern wurde die Nährfähigkeit durch Nachabdrücken oder durch Anlegung eines zweiten oder sogar dritten Kindes gesteigert, um aus den Reihen der Mütter Ammen für die Krankenstation heranzuziehen. Für die an andere Kinder abgegebene Milch werden die Ammen je nach Leistung entlohnt (1—1,50 Mk. pro Liter). Der Bestand an nährenden Müttern ist durchschnittlich 18—20, unter ihnen allerdings immer nur wenige mit großer Leistungsfähigkeit — in der Regel nicht mehr als zwei bis drei —, die es allerdings teilweise zu hoher Produktion bringen können. So hat eine Amme nach vorgefundenen Wiegekurven eine Produktion von 4000 Gramm täglich aufzuweisen gehabt, (Höchstleistung war 4300 Gramm), über sechs Monate lang.

Im Säuglingsheim wurden verpflegt von 1910—1927 2313 Kinder, an 247 803 Pflegetagen, mithin einer Durchschnittspflegedauer von 107 Tagen. Die Ernährung war, wie erwähnt, nach Möglichkeit die natürliche, aber dennoch mußten viele Kinder künstlich ernährt werden. Die Nahrungsformen waren den im Laufe der Jahre üblichen Methoden angepaßt. Im Allgemeinen mußten aber den Etatsverhältnissen entsprechend einfache Milch-Kohlehydratmischungen gegeben werden. Da immer die Zuhilfenahme der natürlichen Ernährung möglich war, sind die Resultate im Allgemeinen zufriedenstellend. An dem Säuglingsmaterial sind allerlei Beobachtungen gemacht worden, die in der Beurteilung verschiedener Fragen interessant sind.

Als erste Beobachtung ist hier der Umstand zu beachten, daß fast nie bei den Kindern der Säuglingsstation manifeste Erscheinungen der exsudativen Diathese aufgetreten sind, Dies läßt zweierlei Erklärungen zu:

1. die exsudativen Erscheinungen hängen in eminenter Weise von Ernährungs- und Pflegeverhältnissen allein ab. Bei einer Normalnahrung, bei der niemals das Bedarfsquantum überschritten wird, scheint demnach die Diathese von nebensächlicher Bedeutung zu sein, jedenfalls sind durch sie Manifestationen zu vermeiden;

2. liegt die Annahme nahe, daß durch die Abstammung von jugendlichen, gesunden Eltern die Kinder weniger zur Diathese neigen, besonders in einem Milieu, in dem auch Neuropathen eine Seltenheit sind.

I.

Jahrgang	Abteilung für gesunde Säuglinge		Abteilung für kranke Säuglinge		Unentgeltlich verpflegt		Unehel. Mütter
	Säugl.	Pflege-Tage	Säugl.	Pflege-Tage	Säugl.	Pfl.-Tg.	
1910	94	?	114	?	11	392	64
1911	175	21190	251	7594	13	1881	102
1912	161	20501	195	7183	14	1499	98
1913	148	17534	158	7019	9	712	87
1914	163	17497	154	9260	9	1360	114
1915	160	18273	202	13664	4	494	107
1916	128	12119	203	19360	15	1476	78
1917	119	9840	190	20608	13	1704	80
1918	113	10154	228	27056	14	1825	88
1919	133	14380	249	23216	8	1025	114
1920	135	15256	320	21887	10	1544	112
1921	156	13606	310	23109	5	950	134
1922	116	12749	217	21875	5	366	100
1923	99	13046	312	20060	21	1091	82
1924	123	17601	363	21409	9	826	85
1925	139	16582	362	25651	17	1145	76
1926	141	17575	359	23055	17	1119	102

Das Gleiche gilt auch bei der Spasmophilie und dem Auftreten von Krämpfen. Schon in einem Bericht von 1912, wo diese Krankheit in der Bevölkerung sehr häufig auftrat, wird angegeben, daß im Laufe von zwei Jahren bei keinem Kinde Krämpfe aufgetreten seien, so daß den Pflegeschülerinnen kein Fall gezeigt werden konnte. Die große Morbidität und teilweise auch Mortalität in Säuglingsverpflegungsanstalten war früher — wie heute feststeht — auf die häufigen Infekte der Rachenorgane zurückzuführen. Trotz aseptischen Pflegedienstes waren diese doch nicht vollkommen vermeidbar. Erst die Einführung des Mundschutzes beim Pflegepersonal hat diese Infekte erheblich reduziert. Aber auch die Ernährung der Kinder spielt dabei eine besondere Rolle. Schon früher war stets die Beobachtung im Säuglingsheim gemacht worden, daß in Krankenzimmern, auf denen nur natürlich ernährte Kinder lagen, solche Infekte fast nie auftraten. Nach dieser Beobachtung ist die Widerstandskraft gegenüber Infekten zum Teil sicher darauf zurückzuführen, daß wie bei der natürlichen Ernährung für die Zuführung der notwendigen Vitamine gesorgt wird. Die Verabreichung spielte allerdings auch früher schon eine Rolle, besonders Gemüse- und Obstsäfte, wahrscheinlich aber mehr aus dem Grunde, um den Säuglingsskorbut Vorbeugung zu leisten.

Eine verantwortungsvolle Aufgabe für Säuglingsanstalten war, das Auftreten von Rachitis zu verhindern. Daß dies nicht immer ganz möglich war, ist aus manchen Abgangsberichten ersichtlich, besonders aus der ersten Zeit. Vorbeugende Maßnahmen sind in ausgiebigstem Maße allerdings immer durchgeführt worden, besonders früher Freilichtbehandlung, Lebertran, in neuerer Zeit Höhensonne und Vigantol.

Auch Säuglingsturnen ist nach der Neuman-Neurode'schen Methode immer durchgeführt worden.

Nach der Entlassung aus dem Säuglingsheim wurde das weitere Schicksal der Säuglinge in allen Fällen weiter verfolgt. Hierzu bot sich die beste Gelegenheit durch die Zusammenarbeit mit der Fürsorge für uneheliche Kinder, die ebenfalls in Händen des Fürsorgevereins lag. Die Fürsorgekinder mußten an der Mütterberatungsstelle, die dem Arzt des Säuglingsheims unterstellt war, periodisch vorgestellt werden und wurden bei Notwendigkeit bzw. schlechter Pflege ins Säuglingsheim zurückverwiesen, bis sich eine bessere Pflegestelle gefunden hatte.

Die Belegung der Abteilung für gesunde und kranke Säuglinge geht aus folgender Aufstellung hervor (s. nebenstehend).

Neben der Station für gesunde Säuglinge war der Hauptteil der Krankenräume von dem eigentlichen Säuglings- oder besser gesagt Kinderkrankenhaus in Anspruch genommen. Die Belegungszahl im Laufe der Jahre ist ebenfalls aus vorstehender Tabelle ersichtlich. Vom Jahre 1910—1927 wurden 4288 Kinder mit 291 961 Verpflegungstagen aufgenommen. Die Zusammensetzung des Kindermaterials ist aus einer Aufstellung der Jahre 1910—1912 ersichtlich. Danach waren von 435 Kindern

344 Säuglinge,
64 Kleinkinder,
27 größere Kinder.

Bei den beschränkten Mitteln der Anstalt war die Unterhaltung einer Privatstation erster und zweiter Klasse notwendig, damit die Ueberschüsse dieser Station die Unterbilanz der dritten Klasse deckten. Die für die dritte Klasse in diesen zwei Jahren errechneten Kosten betrugen 1,13 Mk., der Pflegesatz dritter Klasse aber 1,00 Mk., der Pflegesatz zweiter Klasse betrug 2,00 Mk. und erster Klasse 3,00 bis 5,00 Mk., so daß hierdurch ein gewisser Ausgleich geschaffen wurde, zumal auch die Anzahl der unentgeltlich verpflegten Kinder recht beträchtlich war (siehe Tb. I). Daß ein Bedürfnis für erster und zweiter Klasse vorlag, zeigt sich in der Belegung der ersten beiden Jahre, wo in der

I. Klasse : 61,
II. Klasse : 136,
III. Klasse : 328 Kinder verpflegt wurden.

Das Krankenmaterial setzt sich aus 178 Kindern aus der Stadt Münster und 257 Kindern von auswärts zusammen. Aufgenommen wurden alle kranken Kinder, auch solche, die chirurgisch zu behandeln waren; nur Kinder mit Infektionskrankheiten mußten zurückgewiesen werden. Eine Ausnahme machten die an Keuchhusten erkrankten Kinder, für die eine kleine Isolierstation errichtet war, sie werden aber heute nur nach Zimmern getrennt in der Krankenabteilung mitbehandelt. Alle aufgenommenen Kinder mußten eine Aufnahmestation passieren, ehe sie auf die eigentliche Station kamen, weil die Fälle nicht selten waren, daß Kinder sich bei der Aufnahme im Inkubationsstadium einer Infektionskrankheit befanden. Hierbei wurde die Erfahrung gemacht, daß Weiterverbreitung von Scharlach fast immer verhindert werden konnte, während bei Masern eins oder beide nebenliegende Kinder miterkrankten. Bei den Feststellungen der ersten Erscheinungen wurden sie an andere Krankenhäuser überwiesen.

Krankheiten, derentwegen in den ersten beiden Jahren (1910 u. 11) Kinder aufgenommen wurden, waren folgende (+ = Todesfälle):

Frühgeburten und angeborene Schwäche	5 + 2
Ernährungsstörungen durch Darmanomalie	8 + 3
Erworbene Ernährungsstörungen im Stadium der Bilanzstörungen	24
Dyspepsie	13
Decomposition	85 + 3
Intoxikation	32 + 5
Pylorusstenose	8 + 2
Stomatitis, Angina	10 + 1
Lungenentzündung, Bronchitis	21 + 5
Exsudative, Diathese, Spasmophilie	48 + 2
Tuberkulöse	27 + 2
Tuberkulöse Meningitis	3 + 3
Rachitis	7

Furunkulose (5), Blennorrhoe (4), Lues (5), Scabies (9), Anaemie (33), Idiotie und Schwachsinn (9), Impetigo (2), Otitis (3), Nephritis (2). Hydrozephalus (3), Tetanus neonatorum (1), Ikterus gravis (1).

Operiert wurden folgende Fälle: Gehirnabszess (1) + 1, Spina bifida (1, + 1), Lebersarkom (1), Hydrozele (2), Thymusextirpation (1), Nabelgangraen (1, + 1), Phimose (5), Nabel- und Leistenbruch (8). Prolapsus ani (3), Hasenscharte (2), Pleuraempyem (3), Blutschwamm (3), Drüsenabszesse (6), außerdem Laparotomien wegen Pylorusstenose (2) und Darmanomalien (4).

Es wurden also fast alle im Säuglings- und Kleinkindesalter vorkommenden Krankheiten behandelt. Leider wurden die Kinder oft erst von den Eltern in einem vollständig desolaten Zustande der Anstalt überwiesen, wo keine Therapie mehr zur Wirkung kommen konnte. So starben 5 Kinder schon während der ersten zwei Stunden nach der Aufnahme, 13 während der ersten 72 Stunden. Im ganzen starben von den 344 Kindern 37, also 10,7 Prozent.

Bei einer Anstalt, in der in erster Linie Säuglinge behandelt wurden, läge es sehr nahe, die gemachten Erfahrungen in Beziehung zu bringen mit den allgemeinen Verhältnissen der Säuglingssterblichkeit, über die eingehende Untersuchungen für die Stadt Münster von Brand gemacht worden sind. Dies ist leider nicht möglich, da sehr viel Kinder nicht aus dem Stadtkreise stammen und auch viele ältere Kinder unter den Patienten sind, sodaß ein Vergleich nicht möglich ist. Außerdem fehlen Infektionskrankheiten vollständig. Zwei Krankheitsgruppen heben sich aus dem Krankenmaterial besonders hervor, bei denen es feststeht, daß es sich nur um Säuglinge handelt, nämlich angeborene Lebensschwäche und Mißbildungen und Erkrankungen der Verdauungsorgane. In der nachstehenden Aufstellung sind aber noch einige andere Krankheitsgruppen berücksichtigt, weil sie besonderes Interesse haben.

Bei der Gonorrhoe fällt auf, daß jahrelang nur einzelne sporadische Fälle auftraten, während im Jahre 28 und 29 im ganzen 26 Fälle angeführt sind. Es handelt sich dabei um eine Einschleppung aus einer anderen Anstalt, die der Therapie hartnäckigen Widerstand entgegensetzte. Bei der Lues ist zu bemerken, daß die Erkrankungen von 1922 an häufiger werden und 1929 und 1930 ihren Höhepunkt erreichen, während doch allgemein die Lueserkrankungen in den letzten 10 Jahren erheblich zurückgegangen sind.

Die Anzahl der Frühgeburten ist in den angeführten Jahren sehr verschieden, im Ganzen sind 197 Frühgeburten verpflegt worden, von denen 96 gestorben sind, das bedeutet eine Letalität von 48,7 Prozent. Im Jahre 1924 ist die höchste Zahl an Sterbefällen mit + 14 von 21 Frühgeburten zu verzeichnen, was auch den Beobachtungen von Brand in diesem Jahre entspricht; ebenfalls das Jahr 1926 stimmt bei 100 Proz. Sterblichkeit mit derselben hohen Mortalitätsziffer in diesem Jahre überein. An Mißbildungen sind in der gleichen Zeit 52 (+ 13), was einer Letalität von 23,8 Proz. entspricht. Hierunter wurden zusammengefaßt Spina bifida, Mikro- und Makrozephalie, Atresia ani, Gehirnprolaps und Hasenscharte usw. Bei den Erkrankungen der Verdau-

	1910/11	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930
Lebenschwäche Frühgeburten	5†2	9†3	10†2	29†9	12†6	12†5	10†5	21†14	22†8	26†15	8†8	14†26	6†6	9†1	4†1
Mißbildungen . . .	8†3	2	4	5†1	2†1	4†1	5†1	1	4	3	2†2	3	4†3	2†1	6
Gonorrhoe	4			1	1			3					16	10	7
Lues	4		1	1	1	2†2	8 3	5†4	10†5	2†2	9†2	4†3	4	12†1	12
Rachitis	7	13†2	15	10	13†1	20†1	10 1	28†2	16†2	20	8	19	32	14†1	4
Krankh. d. Atmungsorgane	21†5	13†3	8†1	8†1	39†8	35†10	24†16	26†4	32†8	31†9	29†4	54†15	102†11	128†8	72†8
Krankheit der Verdauungsorgane .	168†18	59†8	51†9	57†7	68†6	86†10	83†10	67†17	54†7	58†11	49†9	82†7	66†6	102†6	54†2
Geisteskrankheiten	9†1	1	1	1†1	2	1†1	4†1	1†1	4†1	2†1	1	1		4	4

ungsorgane ist die Letalität sehr verschieden, sie schwankt zwischen 10 und 20 Prozent. Erst vom Jahre 1927 ab ist ein erhebliches Absinken zu beobachten. Wahrscheinlich spielt hierbei die Eröffnung des Neubaus eine Rolle, der bedeutend bessere Isoliermöglichkeiten gestattete. Bis dahin bestand eine starke Ueberbelegung des Hauses, sodaß die Annahme naheliegt, daß in dem häufigeren Auftreten von Infekten eher die Todesursache zu suchen ist, als in den Ernährungsstörungen selbst. Auch ist die Technik der Behandlung der reinen Ernährungsstörungen analog den Fortschritten der Gesamtkinderheilkunde eine bessere geworden. Aber dennoch stirbt immer ein gewisser Prozentsatz ernährungsgestörter Kinder. Die Säuglingssterblichkeit ist vom Jahre 1900 bis jetzt um rund 10 Prozent gesunken. Es ist anzunehmen, daß unter diesen 10 Prozent sich mancher Schwächling befindet, der den früheren Schädigungen durch Pflege und Ernährung sehr bald erlegen ist und deswegen im Krankenhaus-Material nicht in die Erscheinung tritt. Diesen Eindruck gewinnt man an dem heutigen Material der Patienten. Es sind mehr schwächliche Kinder aber mit leichteren Ernährungsstörungen, weil heute die Kinder schneller ins Krankenhaus kommen und solch schwere Ernährungsstörungen wie früher überhaupt nicht mehr zur Entwicklung kommen, da auch die Säuglingsernährung im Volke eine zweckentsprechendere geworden ist. Unter den früheren Krankenhausinsassen gab es mehr an und für sich kräftigere Kinder, aber mit sehr schweren Ernährungsstörungen, weil die vielfach unglaubliche Ueberernährung leicht zu schweren Schädigungen führte.

Wenn man die Zahl der Ernährungsstörungen nach Aufnahmemonaten zusammenstellt, so ergibt sich deutlich in den Jahren 1911—1914 ein Sommergipfel, während sich die Erkrankungen von 1928 an mehr über das ganze verteilen (siehe Tabelle III). Der sogen. Wintergipfel der Erkrankungen der Atmungsorgane besteht nach wie vor. Ebenso ist die Sterblichkeit an Erkrankungen der Atmungsorgane gegen früher nicht zurückgegangen, betrug aber nie über 20 Prozent. Epidemien sind im größeren Umfang nur zweimal aufgetreten: 1912 eine Masern-, Scharlachepidemie, bei der 5 Kinder gestorben sind. In der Statistik braucht dieses nicht berücksichtigt zu werden, da die Kinder mit Infektionskrankheiten anderen Häusern überwiesen wurden. Eine zweite Masernepidemie geringeren Umfangs trat im Jahre 1922 auf, die aber ohne Todesfall verlief. Bei der Durchsicht der Jahreszusammenstellung fiel auf, daß das Verhältnis von männlichen zu weiblichen Säuglingen ein sehr verschiedenes war. In den Jahren 1927—1928 sind

2149 männliche

1601 weibliche Säuglinge verpflegt worden. Erklärt wird dies in etwa dadurch, daß in dieser Zeit viel Kinder mit Pylorospasmus behandelt wurden, der zu 90 Prozent nur bei Jungen vorkommt. Ferner sind unter dem Material viel Phimosen und Nabelbrüche, welch letztere ebenfalls bei Knaben ungleich häufiger vorkommen. Auffallend bleibt der Umstand immerhin, sodaß man vielleicht auch eine höhere Bereitwilligkeit der Eltern annehmen muß, bei Krankheiten der Knaben bessere Fürsorge zu treffen, besonders wenn es sich um den Stammhalter

III.

Erkrankung der Verdauungsorgane

	1911	1912	1913	1914		1928	1929	1930	1931	1932
Januar	3†1	8†1	7†1	7		4	4	8	3	2
Februar	5	5†1	7†2	4†1		9†1	3	2	1	1
März	5†1	4	4†1			8	8	3	2	1
April	4†1	5†1	7†2	3		3	9†2	8†1	3†1	4
Mai	3	3	8	3†1		4	11†1	3	3	1
Juni	6	5†1	7†2			10†2	9†1	4		4
Juli	13†1	14	6	3†1		7†1	11†1	2†1	2	5
August	25†2	20†5	10†1	18†2		7	13	4	2	4
September	13†2	19†2	7†1	8†2		9	11	7		11
Oktober	5†1	10	5†1	5†1		7†1	13†1	4		2
November	2	5	4	4†1		2	7	3	1	2
Dezember	4	5	2	4†1		5	2	2	1	2†1

IV.

Erkrankung der Atmungsorgane

	1911	1912	1913	1914		1928	1929	1930	1931	1932
Januar	3†1	2		1		9†1	2	14†2	3	5
Februar		1†1	2			13†1	16†2	6†1	6†1	2
März	2	5†1	2			8†1	10	10†1	2	1
April	1	3		1		7†1	9	5	3	3
Mai		1	2	1		3†1	9	4	1	2
Juni	1					3	7†1	7†2	1	
Juli	1†1	†1	1			8	8	3†1	2	1
August	1	3		1		5	8†1	3	1	2
September		1				5†2	8†1	2	1	2
Oktober				3		4	4	4	1	2
November		1	3	1		4	2†1	4	1	3
Dezember		1		1		3	8†1	1	4	9

handelt — die Landbevölkerung macht ja einen hohen Prozentsatz in der Belegung des Säuglingsheims aus.

Neben der reinen Behandlungstätigkeit spielte die Aufklärung und Belehrung der Mütter eine wichtige Rolle, denn das Schicksal des Kindes hängt ja von der weiteren Pflege und Ernährung ab. Viele Mütter von auswärts wurden in den letzten Tagen vor der Entlassung des Kindes mitaufgenommen und in der rationellen Säuglingspflege und -ernährung unterwiesen.

Bisher ist die Aufgabe des Säuglingsheims als Kranken- und Fürsorgeanstalt abgehandelt worden. Da der Ausbau der halboffenen und offenen Fürsorge zu dieser Zeit erst in den Anfängen stand, mußte das Säuglingsheim zunächst diese Fürsorgezweige mitübernehmen und weiter ausgestalten. Dadurch ergab sich eine ideale Zusammenarbeit zwischen geschlossener und offener Fürsorge, was auch in der Arbeit von Ammermann über die Säuglingsfürsorge der Stadt Münster zum Ausdruck kommt.

Im Gründungsjahr lag die Pflege der Kinder allein in Händen der Schwestern. Bei der steigenden Belegungsziffer ergab sich bald, daß diese nicht mehr die Versorgung der Säuglinge bewältigen konnten. Durch Kurse, von denen gleich die Rede sein wird, bildete sich ein größerer Interessentenkreis von jungen Mädchen, die Säuglingspflege erlernen und später beruflich ausüben wollten. Von diesen traten 1911 5 als Schülerinnen ein, die zunächst in halbjährlichen, später einjährigen Kursen ausgebildet wurden. Die Zahl der Schülerinnen stieg sehr schnell an, sodaß bei Einführung des staatlichen Säuglingspflegerinnenexamens bereits 60 Schülerinnen vorhanden waren. Der Unterricht wurde vom Anstaltsarzt und der Oberschwester erteilt. Zum Teil fanden die Schülerinnen in der Anstalt selbst Anstellung. Es war aber auch eine große Nachfrage nach ausgebildeten Säuglingspflegerinnen in Familien. 1915 wurde, da sich die Zahl der ausgebildeten Schülerinnen sehr vermehrt hatte, ein Säuglingspflegerinnenverein gegründet, der vor allem Stellen vermittelte. Zweimal im Jahre wurden Versammlungen veranstaltet, wobei in einer Vortragsreihe über Neueinrichtungen der Säuglingspflege und -ernährung unterrichtet wurde.

Da die Säuglingsfürsorge in Westfalen noch sehr in den Anfängen stand — das Rheinland war unter Schlossmann's Führung weit voraus — zeigte sich die Notwendigkeit, den Unterricht zu erweitern, damit die Säuglingspflegerinnen sich auch als Fürsorgerinnen betätigen konnten. 1915 wurde deshalb unter Hinzuziehung mehrerer anderer Lehrkräfte ein Unterricht über soziale Gesetzgebung, Verwaltung, Wohlfahrtspflege, Seuchenbekämpfung, Rechtsschutz und Auskunft usw. eingerichtet, um die Schülerinnen zu befähigen, ihr Arbeitsgebiet auch der offenen Fürsorge zuwenden zu können.

Das Lehrgebiet wurde dann noch erweitert, bis man zu dem Entschluß kam, eine eigene Schule im Sinne der heutigen Wohlfahrtsschule zu gründen, die im März 1916 eröffnet wurde. 1918 wurde diese Schule einer eigenen Leiterin unterstellt, blieb aber in Verbindung mit dem

Säuglingsheim, bis sie 1919 unter dem Namen Wohlfahrtsschule, als selbständige Einrichtung getrennt wurde.

Aus diesen Ausbildungskursen gingen die ersten Fürsorgerinnen hervor, die vorher in Westfalen kaum bekannt waren. Bei der langsamen Entwicklung der Säuglingsfürsorge hielten die Kommunen mit deren Anstellung anfangs sehr zurück. Interesse zeigte sich zuerst bei Frauenvereinen, die Säuglingsfürsorge als karitatives Gebiet auffaßten und Anstellung von Fürsorgerinnen forderten. Durch Vorträge des Anstaltsarztes und einiger Dozenten wurde in den Städten des Münsterlandes das Interesse für Anstellung von Säuglingsfürsorgerinnen geweckt. Die erste Anstellung einer Fürsorgerin und Fürsorgeeinrichtung wurde in Herten i. W. geschaffen, der dann nach und nach andere Städte folgten, meist aber noch von privater Seite. Erst nach dem Kriege haben auf Anregung der Regierung die Städte Fürsorgestellen eingerichtet.

Vom Säuglingsheim aus wurde ein Fürsorgerinnenverein gegründet, dessen Zweck in einer laufenden Unterrichtung in allen Neuerungen bestand. Außerdem fand jährlich ein Fortbildungskursus im Säuglingsheim statt.

Ueber Säuglingspflege und -ernährung herrschte damals im Volke unglaubliche Unkenntnis. Deshalb schien als beste Fürsorge die Belehrung. Es wurden im Säuglingsheim eine Reihe Schülerinnen ausgebildet. Mit diesen zusammen wurden Vorträge ausgearbeitet über Säuglingspflege und -ernährung; das Säuglingsheim schaffte dann Demonstrationsmaterial und Lichtbilder an, durch die die Mütter in den Städten und auf dem Lande unterrichtet werden sollten. Diese Einrichtung fand bei vielen Frauenvereinen großen Anklang, so daß zwei Fürsorgerinnen als Wanderlehrerinnen ausgebildet und angestellt werden konnten. Diese hielten an den betreffenden Orten außer ihren Vorträgen auch noch praktische Uebungen im Pflegedienst und der Zubereitung der verschiedenen Nahrungsgemische ab. 1917 wurden in 19 Städten des Münsterlandes solche Volkskurse abgehalten.

Auch die Errichtung der ersten Mütterberatungsstellen gehen auf das Säuglingsheim zurück. Ebenso wurden von hier aus während des Krieges eine Reihe Kinderkrippen errichtet. Auch bestand eine innige Zusammenarbeit des Säuglingsheims mit der Fürsorge für das uneheliche Kind. Erst nach dem Kriege sind diese Aufgaben in die Hand der Stadtverwaltung übergegangen.

Die Notwendigkeit einer allgemeinen Fürsorge für das Säuglingsalter ist von einsichtigen Leuten schon früher erkannt worden, hat aber bei der Allgemeinheit erst nach dem Weltkrieg mit seinen ungeheuren Verlusten an Menschenleben Interesse gefunden. Erst seit dieser Zeit hat sich eine zielbewußte Organisation der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge entwickelt unter regster Anteilnahme des Staates. Mit der Schaffung der Säuglingsfürsorge beginnt auch die systematische Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit. Die enge Zusammenarbeit zwischen offener und geschlossener Säuglingsfürsorge ist notwendig zur Erreichung des gemeinsamen Zieles.

Im neuen Reiche wird bei der Hochwertung des Kindes die Säuglingsfürsorge eine neue Anregung erfahren; aber andere Gesichtspunkte werden im Vordergrunde stehen. Nur das erbgesunde Kind garantiert das Heranwachsen eines tüchtigen Nachwuchses. Der Grundsatz, erbkranke Menschen von der Fortpflanzung auszuschalten, wird auf der einen Seite die Anzahl der Geburten zunächst verringern; andererseits aber wird durch den neu erweckten Willen zum Kinde ein Ausgleich geschaffen werden und somit einer Ertüchtigung des ganzen Volkes gedient.

Zusammenfassung.

Seit den schlechten Erfahrungen, die man im Mittelalter mit den Findelhäusern gemacht hatte, dauerte es bis zum Ende des vorigen Jahrhunderts, bis man, nachdem durch Heubner, Finkelstein und Schlossmann die Prinzipien der Erährung und Anstaltspflege des Säuglings festgelegt waren, wieder an den Bau von Säuglingsverpflegungsanstalten ging. Bei diesen unterscheiden wir Säuglingsheime und Säuglingskrankenanstalten und bei diesen wieder verschiedene Formen von Häusern je nach ihrer Zweckbestimmung.

In Münster hat schon frühzeitig großes Interesse für die Säuglingsfürsorge bestanden. Dies erkennen wir daran, daß hier in der ersten Stadt Westfalens in solch großem Umfang ein Säuglingskrankenhaus und -heim errichtet wurde.

Das Säuglingsheim hat im Rahmen der allgemeinen Säuglings- und Kleinkinderfürsorge eine wichtige Rolle gespielt und hat auf die Entwicklung der Säuglingsfürsorge weiter Bezirke über die Grenzen des Münsterlandes hinaus durch seine Einrichtungen befruchtend und beispielgebend eingewirkt.

Die wichtigsten Daten seiner Geschichte sind:

1909 Grundsteinlegung zum Säuglingsheim und Kinderkrankenhaus.

1910 wurde das Säuglingsheim bezogen.

1912 wurden Ausbildungskurse für Säuglingspflegerinnen eingerichtet.

1914/15 wurden vom Säuglingsheim heraus Kinderkrippen für die Kinder, die durch Erwerbsarbeit der Mutter gefährdet waren, eingerichtet.

1917 Anerkennung der staatlichen Pflegerinnenschule.

1921 Uebernahme der offenen Säuglingsfürsorge durch die Stadt Münster.

1927 Fertigstellung des neuen Flügels des Säuglingsheims, Einrichtung einer Tbc-Abteilung.

1930 Abgabe eines Teils der Station an die Universitätsklinik, Reduzierung des Säuglingsheims auf den früheren Stand.

Literaturverzeichnis

Ammermann: Einrichtungen der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge der Stadt Münster. Inaug.-Diss. Münster 1934.

Bokay: Geschichte der Kinderheilkunde. Springer 1922. S. 33 f. u. S. 96.

Brand: Die Säuglingssterblichkeit in der Stadt Münster. Inaug.-Diss. 1931.

Escherich: Verh. d. Gesellschaft für Kinderheilkunde i. Entwickelung und Leistungen der Kinderheilkunde in den letzten 25 Jahren. Bergmann Wiesbaden, 1908 S. 171.

Feer: Kinderheilkunde im Universitätsunterricht Verh. der Gesellschaft für Kinderheilkunde i. Salzburg-Wiesbaden 1909—1910 S. 243.

Hoffa: Ueber Säuglingsheime. Münchener Medizin. Woch. Jg. 1908 Nr. 22 S. 509.

Jötten: Ursachen der Säuglings- und Kleinkindersterblichkeit und ihre Bekämpfung. In Beiträgen zur soz. Fürsorge Heft 15, Münster 1931 S. 69.

Reicher: Schutz der unehelichen Kinder durch Findelanstalten. i. Bericht der Ges. für Kinderheilkunde, Bergmann, Köln-Wiesbaden 1908, S. 244.

Schlossmann-Pfaundler: Handbuch der Kinderheilkunde: Brüning. Seite 8 u. 9 und Schlossmann S. 192, 199, 204, 212 u. 213. Vogel, Leipzig 1924.

Tugendreich: Mutter- und Säuglingsfürsorge, Enke-Stuttgart 1909 S. 14.

Lebenslauf.

Geboren am 28. März 1907 zu Münster i. W. als Sohn des Kinderarztes Dr. Josef Schulte besuchte ich nach 4jähr. Volksschulzeit das Städt. Gymnasium in Münster, wo ich Ostern 1927 die Reifeprüfung bestand. Die vorklinischen Semester studierte ich in Freiburg i. Br. und Münster i. W. Dort bestand ich die ärztliche Vorprüfung im Juli 1929. Die klinischen Semester verbrachte ich in Kiel und Münster. Die ärztliche Prüfung bestand ich am 23. Dezember 1932 in Münster. Als Medizialpraktikant betätigte ich mich an der Hedwigs- und Raphaelsklinik, sowie am Franziskushospital in Münster i. W. Approbation am 28. Dezember 1933.